

**DIE ENTWICKLUNG DER OBDUKTIONEN IN BAYERN
VON 1970 BIS 1979 UNTER MITEINBEZIEHUNG
DER OBDUKTIONSZAHLEN VON 1960 BIS 1969**

JOHANN ERICH FINK

*Diss. München
1983*





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554013_0101

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Direktor: Dr.med.W.Spann, o.Professor für Rechtsmedizin

D I E E N T W I C K L U N G D E R O B D U K T I O N E N
I N B A Y E R N V O N 1 9 7 0 B I S 1 9 7 9
U N T E R M I T E I N B E Z I E H U N G D E R
O B D U K T I O N S Z A H L E N
V O N 1 9 6 0 - 1 9 6 9

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Johann Erich Fink

aus

München

München 1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. E. Liebhardt

Mitberichterstatter: Prof: Dr. W. Spann

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 6.10.83

meiner Mutter

in Dankbarkeit gewidmet

I N H A L T

I. Einleitung

- a) Geschichtlicher Rückblick
- b) Aufgabe und Wesen der Obduktion
 - aa) die klinische Sektion
 - bb) die gesetzlich vorgesehenen Sektionen
- c) Zielsetzung

II. Problem

III. Statistische Erhebungen und tabellarische Auswertung

IV. Diskussion

- 1. Die Entwicklung der Vollobduktionen
- 2. Die Entwicklung der Teilobduktionen

V. Zusammenfassung

VI. Literatur

I.

Geschichtlicher Rückblick

Wenn wir das Obduktionswesen und die ihr zugrunde liegenden Entwicklungen im Bereich der Anatomie im Verlauf der Geschichte zurück verfolgen, finden sich die ersten konkreten Ansätze bei dem Volk der Sumerer. Die Sumerer gelten als das älteste Kulturvolk Vorderasiens und reichen in ihrer Geschichte zurück bis in das 5. Jahrtausend v. Chr. Durch den Opferkult und der damit verbundenen Opferschau konnten sich die Sumerer bereits gewisse anatomische Grundkenntnisse aneignen.

Während der darauffolgenden Herrschaft des ägyptischen Reiches kam es zu keiner wesentlichen Fortentwicklung dieser anatomischen Grundkenntnisse, obwohl die hohe Kunst des Einbalsamierens bekannt war. Eine wesentliche Ursache hierfür dürfte darin liegen, daß die Einbalsamierungen von Angehörigen aus sozial niederen Schichten vorgenommen wurden, die zur elitären Kaste der Priesterärzte kaum Verbindungen hatten.

Zu einer wesentlichen Weiterentwicklung anatomischer Kenntnisse kam es dann erst wieder bei den Griechen zu Beginn des Ersten Jahrtausends v. Chr. Pythagoras gründete die Schule von Groton, von der aus die systematische Tieranatomie ihren Anfang nahm. Schüler von Pythagoras sollen die Blutgefäße entdeckt haben. Auch die Anfänge der Humoralpathologie (Krasenlehre), die Empedokles von Akragas zugeschrieben werden, fallen in diesen Zeitabschnitt. Diese Humoralpathologie wurde dann von Hippokrates (460-377 v. Chr.) weiterentwickelt. Die Asklepiaden, aus deren Schule auch Hippokrates hervorging, ge-

wannen ihre anatomischen Kenntnisse nicht durch die Untersuchung menschlicher Leichen, sondern durch Überlieferung, durch Beobachtung bei Tieropfern, Hausschlachtungen und Kriegsverletzungen, sowie von unbeerdigten Leichnamen und Leichenresten und nicht zuletzt durch das Studium der Tieranatomie. Aus diesen Gründen konnten die Hippokratiker keinen wesentlichen Fortschritt auf dem Gebiet der menschlichen Anatomie erreichen. Die Leistung der Hippokratiker lag vielmehr in der Fortentwicklung der Krasenlehre als Kern der Humoralpathologie (Hopf, 1904).

Zu dieser Zeit bahnte sich aber bereits ein Umschwung des Denkens an, der den Anfang der Blütezeit der Anatomie am Menschen in der Antike markierte. Im Zuge des aufkommenden Dualismus, dessen bedeutenster Vertreter Sokrates (470-399 v. Chr.) war, kam es erstmalig zu einer deutlichen Trennung von Leib und Seele des Menschen. Bisher sah man die Persönlichkeit des Toten untrennbar mit dem Leichnam verbunden. Durch die Trennung von Körper und Seele, die von Platon (427-347 v. Chr.) und Aristoteles (384-322 v. Chr.) konsequent fortgeführt wurde, fiel nun ein wesentlicher Grund für die Scheu vor der menschlichen Leiche weg. Obgleich traditionelle Hemmungen auch weiterhin eine unbefangene anatomische Forschung nicht zuließen, war durch diese "Rationalisierung der Menschenleiche" (Kudlien, 1969) eine wichtige Voraussetzung für das anatomische Studium an der menschlichen Leiche geschaffen worden.

Auf der Grundlage dieser Geistesentwicklung kam es dann im 3. Jahrhundert v. Chr. an der Schule von Alexandria zu echten anatomischen und pathologisch-anatomischen Forschungen am menschlichen

Leichnam. Die Schule von Alexandria wurde 332 v. Chr. von Alexander dem Großen gegründet, um das soeben eroberte Ägypten mit der griechischen Welt zu verbinden. In dem kulturellen Schmelztiegel Alexandria waren die traditionellen Hemmnisse naturgemäß weniger einflußreich und konnten sich daher fördernde Einflüsse leichter durchsetzen. So wurden beispielsweise von Herophilos und Eudemos die Grundlagen der Osteologie geschaffen. Es kam zur Unterscheidung des Groß- vom Kleinhirn, der Gehirnhäute, des Blutsinus, der Hirnhöhlen, Hirnnerven, Rückenmarksnerven usw. Man unterschied erstmalig zwischen Arterien und Venen und erlangte Kenntnisse über den Bau des Herzens, Pankreas, Speicheldrüsen und Duodenums (Chiari, 1903).

Ein weiterer bedeutender Anatom dieser Zeitepoche war Erasistratos, der erstmals zwischen sensiblen und motorischen Nerven differenzierte und die anatomischen Kenntnisse dieser Zeit über das ZNV, des Herzens und der Gefäße durch zahlreiche Einzelbeobachtungen bereicherte und fortentwickelte. Ein wesentliches Verdienst Eristratos war es, aus pathologisch-anatomischen Einzelerkenntnissen die klinisch-pathologischen Zusammenhänge zu folgern. So erkannte er beispielsweise den ursächlichen Zusammenhang zwischen Leberverhärtung und Ascites.

Mit Beginn des römischen Imperiums verlagerte sich der Schwerpunkt des ärztlichen Wirkens und der ärztlichen Kunst nach Rom. Der Fortentwicklung der anatomischen Wissenschaft stand im römischen Reich jedoch die Einstellung der römischen Gesellschaft zu den Toten entgegen. Die Leichen römischer Bürger wurden sogar durch das römische Recht gesetzlich geschützt - so wurde beispielsweise die widerrechtliche Störung der Totenruhe als ein Crimen extraordinarium bestraft (Bohne, 1932). Auf dem Boden dieser gesell-

schaftlichen Gegebenheiten kam es zwangsläufig zum Erliegen der Sektionstätigkeit.

Erst im 2. Jahrhundert n. Chr. kam es durch Claudius Galenus von Pergamon (130-201 n. Chr.) zu einer wesentlichen Neubelebung der anatomischen Wissenschaft. Claudius Galenus von Pergamon, der auch kurz Galen genannt wurde, studierte in Alexandria. Er war Arzt an der Medichschule in Pergamon und wirkte dann zur Regierungszeit von Marcus Aurelius und Commodus in Rom. Er wurde zur bedeutendsten ärztlichen Persönlichkeit der Antike, dessen Autorität auch noch die medizinischen Vorstellungen des gesamten Mittelalters maßgeblich prägten. Sein großes Verdienst war es, "die gesamte Masse des Materials, welches am Ausgang der Antike der medizinischen Wissenschaft in ihren verschiedenen Schulen und Strömungen zugeflossen war, gesammelt und daraus ein abschließendes Lehrgebäude, ein wissenschaftliches System errichtet zu haben" (Diepgen, 1949). Durch Wiederaufnahme der Sektionstätigkeit, insbesondere an Tieren, leistete Galen auch eigene wissenschaftliche Forschungen und lieferte eigene Beiträge.

Mit dem Niedergang des römischen Reiches und mit dem Erstarken der christlichen Religion während des Übergangs von der Antike zum Mittelalter geriet die gesamte Kultur unter den Einfluß der christlichen Kirche. Die kirchliche Dogmatik, die den Schwerpunkt des irdischen Lebens ins Jenseits verlegte, war einer Fortentwicklung der Naturwissenschaften nicht gerade förderlich - damit ging auch in der Medizin jeder Fortschritt verloren. Sie verfiel in Stagnation und nahm einen starren dogmatischen Charakter an. Die Sektionstätigkeit kam völlig zum Erliegen.

- / -

Zu einer Neubelebung der anatomischen Wissenschaft kam es im Abendland erst wieder im Jahre 1130 durch einen Konzilbeschuß, der den Mönchen jede ärztliche Tätigkeit untersagte. Damit wurde ein neuer Beginn für die Entwicklung einer wissenschaftlichen Laienmedizin gesetzt. Sie nahm ihren Anfang in der Schule von Salerno, die in ihrer Bedeutung für das Mittelalter vergleichbar war derjenigen Alexandrias für die Antike (Diepgen, 1949). Es kam zur Wiedereinführung praktisch anatomischer Arbeit und erstmalig auch zur Erteilung praktisch anatomischen Unterrichts. Als Demonstrationsobjekt diente hauptsächlich das Schwein.

Durch eine Medizinalverordnung Friedrich II wurden 1238 und 1240 die Ärzte und Chirurgen beider Sizilien zur Teilnahme am anatomischen Unterricht verpflichtet (Pöhne, 1952). Dadurch wurde ein entscheidender Neubeginn der anatomischen Forschung eingeläutet. In diesen Zeitraum fällt auch die Integration der medizinischen Wissenschaften in die bestehenden Universitäten (Lichtenthaeler, 1974). Salerno wurde schon im 12. Jahrhundert zur Universität und besaß die älteste medizinische Fakultät Europas. Mit dem Aufkommen der Universitäten kam es auch zu den ersten Ansätzen der induktiven naturwissenschaftlichen Forschung. Nachdem 1500 Jahre lang die Überbewertung der Säfte für den Lebens- und Krankheitsprozess, sowie religiöse Gründe und die Autorität Galens die Entwicklung einer wissenschaftlichen Sektion blockierten, kam es jetzt sogar zur Aufnahme von Lehrsektionen an menschlichen Leichen. Der Einfluß Galens war aber auch in dieser Zeit immer noch so stark, daß wenn bei derartigen Sektionen Abweichungen von den Galenischen

Befunden bemerkt wurden, man eher an pathologische Zustände oder an degenerative Veränderungen glaubte, als an einen Irrtum Galens (Diepgen, 1949). Dies führte dazu, daß in den ersten beiden Jahrhunderten nach Wiederaufnahme der Sektionen, bis zum Auftreten Vesalius, keine wesentlich neuen Erkenntnisse erzielt wurden.

Erst mit Beginn der Renaissance läßt sich eine allmähliche Loslösung von der bisherigen medizinischen Autorität Galens beobachten. Bereits Ende des 15. Jahrhunderts bemühte man sich in Italien um exakte bildliche Darstellung der neuen Kenntnisse. Insbesondere die anatomischen Zeichnungen und Skizzen des Leonardo da Vinci (1452-1519) zeugen von einer hochentwickelten anatomischen Technik (Faller, 1948).

Als eigentlicher Reformator dieser Epoche muß jedoch Andreas Vesalius (1514-1564) angesehen werden. In seinem großen Werk "De humani corporis fabrica libri septem" vollzieht er den Bruch mit der galenischen Anatomie, die er als "Tieranatomie" bezeichnete (Hintzsche, 1945). Trotzdem hat er noch viele Irrtümer Galens und anderer Autoren übernommen (Crombie, 1964).

Ebenfalls einen wesentlichen Fortschritt in der Anatomie ist William Harvey (1578-1657) zu verdanken. Harvey hat in Cambridge und Padua studiert. Durch seine Befunde, die er an Menschen und über 80 Tierarten erhob, kam er 1616 zu der Erkenntnis, daß die Blutbewegung einem Kreislauf folgen mußte - auch wenn die peripheren arteriovenösen Verbindungen erst 1661 von Marcello Malpighi durch die Entdeckung der Kapillaren bestätigt wurden (Doerr, 1974). 1628 veröffentlichte Harvey seine "Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus".

Eine wesentliche technische Voraussetzung für die Weiterentwicklung der anatomischen und pathologisch-anatomischen Wissenschaft wurde im Zeitalter Galileis (1564-1642) durch die Entdeckung des Mikroskops geschaffen. Auf der Grundlage dieser technischen Entwicklung konnte Marcello Malpighi (1628-1694) seine mikroskopisch-anatomischen Befunde erheben und sie in seinem epochemachenden Werk "De pulmonibus observationes anatomicae", das später als die "Geburtsurkunde der mikroskopischen Anatomie" bezeichnet wurde (Belloni, 1967), 1661 veröffentlichen.

Eine bahnbrechende Bedeutung für die Entwicklung der Wissenschaft der Pathologie erlangte die Erkenntnis Harveys, durch die Obduktion morphologische Äquivalente bestimmter Krankheiten beweisen zu können. Als bedeutenster Wegbereiter der pathologischen Anatomie im 18. Jahrhundert dürfte jedoch Battista Morgagni (1682-1771) anzusprechen sein. In seinem Werk "De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri V" schildert Morgagni erstmalig pathologisch-anatomische Veränderungen unterschiedlichster Art für eine große Anzahl von Krankheiten sowie Übergangszustände von normalen zu pathologischen Veränderungen. Den Beobachtungen Morgagnis lagen ca 700 Sektionen zugrunde. Er hat den anatomischen Gedanken in die klinische Medizin eingeführt und damit die Grundlage für die Organ-diagnostik in der Inneren Medizin geschaffen (Doerr, 1974).

Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse entwickelte dann Francois Xavier Bichat (1771-1802) seine Gewebelehre, die dann in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine wesentliche Fortentwicklung und schließ-

lich auch durch die spätere Zellenlehre Virchows untermauert wurde.

Mit Beginn des 19. Jahrhunderts wurde durch die Verallgemeinerung exakter Forschungsmethoden und die allmähliche Lossagung von präjudizierenden Systemen ein bedeutender Aufschwung der Naturwissenschaften und damit auch der pathologischen Anatomie ermöglicht (Chiari, 1900). Auch verbreitete sich zur damaligen Zeit allmählich die Einsicht, daß das Obduktionswesen eine unerläßliche Voraussetzung für die weitere Entwicklung der medizinischen Wissenschaft bildet. In Österreich erließ Maria Theresia bereits zur Mitte des 18. Jahrhunderts eine Sektionserlaubnis für alle im Spital Verstorbenen. Ein für die damalige Zeit fast unglaublicher Fortschritt für das Obduktionswesen. Der erste planmäßige Lehrstuhl für pathologische Anatomie wurde 1819 in Straßburg errichtet. Es folgte 1836 Paris und schließlich 1844 Wien mit der Berufung Carl von Rokitanskys. In Deutschland wurde mit der Berufung von Rudolf Virchow im Jahre 1849 in Würzburg der erste Lehrstuhl für pathologische Anatomie geschaffen (Doerr, 1974).

Unter dem maßgeblichen Einfluß von Carl von Rokitansky (1804-1878) und Rudolf Virchow (1821 - 1902) errang die pathologische Anatomie endgültig den Status einer selbstständigen Wissenschaft, wobei "Rokitansky sozusagen den Unterbau schuf, auf welchem dann Virchow sein großartiges Gebäude errichtete" (Chiari, 1900).

Rokitansky, der in Wien dank der Sektionserlaubnis Maria Theresias, über ein enormes Sektionsmaterial verfügte, versuchte die einzelnen Phasen eines kranken Prozesses zeitlich aneinander zu ordnen und

auf diese Weise, die Entstehung und das Werden der pathologisch-anatomischen Veränderungen zu erfassen (Diepgen, 1955).

Die Erkenntnisse Rokitanskys hinsichtlich dieser pathologisch-anatomischen Veränderungen im makroskopischen Bereich erfuhren eine hervorragende Ergänzung und Bestätigung im mikroskopischen Bereich durch die Cellularpathologie Virchows

"Jede organische Krankheit ist auf eine Störung des Zellgefüges zurückzuführen und muß demnach auch mikroskopisch diagnostiziert werden können" (Virchow, 1858).

Nicht zuletzt durch diese bahnbrechenden Leistungen von Rokitansky und Virchow errang die pathologische Anatomie und damit das Obduktionswesen bis in unser Zeitalter hinein eine zentrale Bedeutung innerhalb der medizinischen Wissenschaft, die ihr wohl auch in der medizinischen Zukunft nicht mehr aberkannt werden kann.

Aufgabe und Wesen der Obduktion

Grundsätzliche Aufgabe der Obduktion ist es, mit Hilfe einer speziellen Technik die Eigenart eines Todesfalles , nach Möglichkeit auch die früheren gesundheitlichen Schicksale und die besondere körperliche Verfassung eines verstorbenen Menschen klarzulegen.

Zu einer ordnungsgemäßen Obduktion gehört die Eröffnung der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle, die Entnahme der dort gelegenen Organe - unabhängig davon, ob an diesen nach dem klinischen Bild pathologische Veränderungen zu erwarten sind oder nicht. Die Gesamtbeurteilung des Sektionsfalles wird dabei auch durch negative Befunde an einem oder mehreren Organen wesentlich mit beeinflusst. Daher bleibt das Ergebnis einer Teilsektion, beispielsweise aufgrund ausdrücklicher Beschränkungen der Angehörigen, oft im Ergebnis unbefriedigend. In manchen Fällen wird die Sektion noch erweitert durch Eröffnung des Wirbelkanals und Entnahme des Rückenmarks oder durch Eröffnung der Nebenhöhlen u.dgl.

Nach der Virchow'schen Sektionstechnik werden die Organe der Leiche einzeln den Körperhöhlen, entsprechend der topographischen Lage, entnommen und untersucht.

Nach der Zenker'schen Methode dagegen, versucht man die Organe bei der Entnahme und Makropräparation in ihrem natürlichen Zusammenhang zu belassen.

Die meisten heutzutage angewandten Techniken stellen meist eine Weiterentwicklung unter Ab-

Änderung bzw Kombination der beiden klassischen Verfahren dar.

Allen Sektionstechniken gemeinsam ist es, nach Möglichkeit die Individualität des einzelnen Falles trotz aller gebotenen Gleichmäßigkeit im Ablauf der Obduktion so weit wie möglich zu berücksichtigen.

Im Gegensatz zur anatomischen Zergliederung kommt es bei der Obduktion jedoch zu keiner Zerstückelung des Leichnams - man bemüht sich vielmehr durch einen kunstgerechten Wiederverschluß der Leiche, Spuren der Obduktion soweit wie möglich zu vermeiden und damit eine würdevolle Aufbahrung des Toten sicherzustellen.

Die klinische Sektion

Über die Aufklärung von Grundkrankheit und Todesursache hinausgehend, sieht die Deutsche Gesellschaft für Pathologie in der klinischen Sektion auch ein wichtiges Mittel der Ausbildung, Weiterbildung und Erziehung der Medizinstudenten und Ärzte sowie ein Instrument ärztlicher Selbstkontrolle, wobei der Pathologe der Partner des Klinikers sein soll.

Auch für die Aufklärung und den Trost der Angehörigen kann die Obduktion eine wichtige Hilfe darstellen. Die Mitteilung des Sektionsbefundes in geeigneter Form an die Angehörigen ist die wirksamste Form der Aufklärung über Leiden und Sterben und kann die Hinterbliebenen vor ungerechtfertigten Selbstvorwürfen schützen.

Schließlich können die Obduktionsbefunde auch grundlegende Daten für Fragen des Gesundheitsschutzes liefern.

Zunehmende Bedeutung kommt der klinischen Sektion auch bei der Entdeckung neuer, bisher unbekannter Krankheiten sowie eines Panorama- und Gestaltswandels der Krankheiten zu.

Daneben dient die klinische Sektion in immer stärkeren Maße der Kontrolle der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen - beispielsweise der Aufklärung primärer Thromboembolien unter Einnahme von Ovulationshemmer, der Aufdeckung der Folgen der immunsuppressiven Therapie oder der Erkennung der irreversiblen Lungenschädigung nach Schock und Beatmung.

Die gesetzlich vorgesehenen Sektionen

- 1) Sektionen im Rahmen der Rechtspflege und der Hygiene sind
 - a) die gerichtsmedizinische Sektion, die auf Anordnung der Staatsanwaltschaft oder eines Richters durchgeführt wird bei Verdacht auf eine nicht-natürliche Todesursache, bei Leichen Unbekannter oder bei Verdacht eines Fremdverschuldens
 - b) die seuchenpolizeiliche Sektion, die von der Polizei auf der Rechtsgrundlage des Bundesseuchengesetzes und auf Veranlassung des Gesundheitsamtes angeordnet wird, um festzustellen, ob eine infektiöse Krankheit vorgelegen hat. Der Anwendungsbereich dieser Vorschrift gilt für 34 detailliert aufgeführte Infektionskrankheiten
 - c) die Feuerbestattungssektion, die eine Vorbeugungsmaßnahme zur eventuellen Spurensicherung darstellt, da ansonsten durch die Einäscherung Hinweise für eine unnatürliche Todesart beseitigt werden könnten
 - d) die Verwaltungssektion, die im Auftrag des Gesundheitsamtes bei unklaren und durch einfache Leichenschau nicht hinreichend klärbaren Todesfällen durchgeführt wird
- 2) Sektionen zur Klärung zivilrechtlicher Fragen sind
 - a) die Sektion, die zur Prüfung eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Tod und vorangegangenen Ereignissen, meist Unfälle oder Berufskrankheiten, durchgeführt wird. Sie erfolgt dabei

auf Anordnung der Ortspolizei, die, auf Antrag durch die Berufsgenossenschaft des Getöteten, mit der Aufklärung des Tatbestandes betraut wurde

- b) die Sektion, die zur Feststellung einer Leistungspflicht aus einem Versicherungsvertrag auf Ersuchen einer privaten Versicherungsgesellschaft im Einverständnis mit den Erben durchgeführt wird (Spann , 1962).

Zielsetzung

Während die Notwendigkeit dieser gesetzlich vorgesehenen Sektionen zwischenzeitlich auch in weitesten Bevölkerungsschichten anerkannt wird, stößt die klinische und wissenschaftliche Sektion auch heutzutage immer noch auf gewisse Vorbehalte in der Bevölkerung.

Teilweise wurzelt diese Einstellung in religiösen Überzeugungen, teilweise wohl auch in Resten mythischen Glaubens, der die Persönlichkeit des Verstorbenen über den Tod hinaus untrennbar mit dem Leichnam verbunden sah. Möglicherweise schwingen hierbei auch noch Vorurteile mit, die aus Zeiten herrühren, zu denen Sektionen nur an ehemaligen Verbrechern, Dirnen und sonstigen Ehrlosen vorgenommen wurden.

Diese Beweggründe dürften jedoch zwischenzeitlich weitgehendst in den Hintergrund gerückt sein, sodaß die derzeitig noch bestehenden Vorbehalte im wesentlichen wohl auf Unkenntnis über Methode und Zielsetzung zurückzuführen sind. Die irrige Ansicht, daß im Rahmen der Sektion eine Zergliederung der Leiche bis zur Unkenntlichkeit des Verstorbenen erfolgt,

ist auch heute noch häufig anzutreffen. Auch über die zentrale Rolle des Obduktionswesens für Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte bestehen nur zum Teil zutreffende Vorstellungen. Nicht selten wird dabei den Ärzten unterstellt, sie wollten nur ihre persönliche Wißbegier am entseelten Körper eines Menschen befriedigen. Mitunter völlig verkannt wird hierbei die Bedeutung der Sektion als unverzichtbares Instrument ärztlicher Selbstkontrolle.

Hier bedarf es sicherlich noch intensiver Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit. Es gilt mehr denn je der Öffentlichkeit die Bedeutung verständlich zu machen, die das klinische Sektionswesen hinsichtlich der Ausbildungsqualität unserer jungen Ärzte hat und wie stark der klinische Erfolg durch die ärztliche Selbstkontrolle abhängt.

Erst die Kontrollfunktion der Sektion hinsichtlich klinischer Diagnostik und Therapie ermöglicht dem behandelnden Arzt, das klinische Krankheitsbild vom pathologisch-anatomischen Befund her rückwärts zu rekonstruieren und damit in enger Zusammenarbeit mit dem Pathologen sein ganzes klinisches Konzept auf eine solide Basis zu stellen. Die durch die Sektion gewonnenen Kenntnisse des Pathologen können dem am Krankenbett tätigen Klinikarzt eine durch nichts ersetzbare Hilfestellung in seinem weiteren therapeutischen Vorgehen analoger Krankheitsfälle bieten und damit dem kranken Menschen unmittelbar zugute kommen. Eine überzeugende Bestätigung für diesen Kausalzusammenhang ergab sich aufgrund einer Studie aus Budapest von Kentz, der zufolge die Divergenzen zwischen klinischen und patho-

logisch-anatomischen Diagnosen 5 Jahre nach Einführen der Sektionen auf ein Drittel abgesunken sind (Jansen u. Nedden,1972).

Durch die Erfolge der Transplantationstechnik ist in jüngster Zeit auch eine größere Bereitschaft des Einzelnen erkennbar geworden, seine sterblichen Überreste für diese Zwecke zur Verfügung zu stellen. Daraus wird deutlich, daß die noch bestehenden Vorbehalte allmählich einer gewissen Bereitschaft auch zum persönlichen Opfer gegenüber der Allgemeinheit weichen, sofern der unmittelbare Nutzen derartiger Sektionen auch für den einfachen Mann auf der Straße erkennbar ist.

Soweit es das Obduktionswesen betrifft, werden derartige hoffnungsvolle Entwicklungstendenzen aber bereits im Keime wieder erstickt durch die in der BRD nach wie vor bestehende Gesetzesmisere. Obgleich der Staat einerseits Gesetzesvorschriften erläßt, die wissenschaftliche Sektionen einem bestimmten Personenkreis zur Auflage machen, wie das beispielsweise in der Weiterbildungsordnung der ärztlichen Berufsordnung nachzulesen ist, ist bislang eine gesetzliche Regelung der klinischen Sektion unterlassen worden.

Aufgrund dieser unbestrittenen Gesetzeslücke ist derzeit in der BRD eine klinische Sektion zweifelnsfrei nur zulässig, wenn der Patient vor seinem Ableben rechtswirksam eingewilligt hat oder seine Angehörigen nach seinem Ableben rechtswirksam zustimmen.

Diese Einwilligung bzw Zustimmung einzuholen, wird de facto letztlich immer Sache des behandelnden Arztes bleiben. Um die unerhörte Zumutung begreifen zu können, die damit dem Klinikarzt auf-

gebürdet wird, muß man sich die konkrete Situation vor Augen führen. Die Vorstellung, daß der am Krankenbett tätige Arzt, seinem Patienten, der in ihm sein ganzes Vertrauen auf Heilung setzt, eine Sektions-einwilligung abverlangt, muß selbst jedem medizinischen Laien die Haare zu Berge stehen lassen. Aber auch die zweite Möglichkeit, daß der Klinik-arzt von den Angehörigen des soeben auf seiner Station Verstorbenen eine Sektionserlaubnis erbittet, stellt wohl ein Ansinnen dar, daß sich hart an der Grenze des Zumutbaren hält. Da wegen der nach dem Tode einsetzenden autolytischen Vorgänge eine Sektion möglichst kurzfristig durchgeführt werden muß, um nicht Gefahr zu laufen, daß derartige Zerfallsvorgänge die Obduktionsbefunde verfälschen, ist der Arzt meist gezwungen, die Angehörigen bereits mit dem Sektionersuchen zu konfrontieren, noch bevor sie den Schrecken der Todesnachricht einigermaßen überwinden konnten.

Es hat nicht an Versuchen gefehlt, das aufgezeigte Problem durch privatrechtliche Konstruktionen oder juristische Theorien zu lösen. Das Bemühen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, durch Einführen einer "Sektionsklausel" in die Aufnahmebedingungen, vom Patienten in gewisser Weise eine "stillschweigende Einwilligung" zur Sektion zu erhalten, sofern der Patient seine Ablehnung nicht ausdrücklich erklärt, hat sich als rechtlich nicht haltbar erwiesen (Zimmermann, 1979 und Uhlenbruck, 1972). Auch juristische Konstruktionen, die von sogenannten "Einwilligungstheorien", "Widerspruchstheorien" oder auch unter Zuhilfenahme der zivilrechtlichen Bestimmungen der "Geschäftsführung ohne Auftrag" ausgehen, können eine klare und eindeutige Gesetzesregelung nicht ersetzen.

Der Gesetzgeber sollte sich daher den langjährigen Forderungen der Mediziner zu einer Zeit, in der die Erkenntnis wächst, daß das Einzelindividuum noch über den Tod hinaus der Allgemeinheit verpflichtet sein kann, nicht länger verschließen. Es gilt jetzt die klinische und wissenschaftliche Sektion durch eine eindeutige gesetzliche Regelung aus dem Halbdunkel der Rechtswidrigkeit und Rechtsunsicherheit herauszuholen und ihr den Status der Selbstverständlichkeit zu geben, der ihr aufgrund ihrer zentralen Stellung in der medizinischen Heilkunst und Forschung zukommt.

II.

Die Arbeit zeigt die Entwicklung der Obduktionen in Bayern von 1970 bis 1979 unter Einbeziehung der Obduktionszahlen aus dem Zeitraum von 1960 bis 1969 , die im Rahmen vorangehender Arbeiten ermittelt wurden.

Es wurde untersucht, wie hoch die absoluten Gesamtzahlen der Voll - und Teilobduktionen pro Jahr sind, wie hoch der Prozentsatz an der Gesamtsterblichkeit ist und wie sich diese Verhältnisse aufgeschlüsselt nach Voll - und Teilobduktionen im betreffenden Zeitraum entwickelt haben und welche Unterschiede sich hierbei zwischen den klinischen Obduktionen und den Obduktionen der Gerichtsmedizinischen Institute und Landgerichte ergaben.

III.

Das Zahlenmaterial wurde den Sektionsbüchern der Pathologien, Prosekturen, Heil- und Pflegeanstalten sowie den Unterlagen der Landgerichte und der gerichtsmmedizinischen Institute in Bayern entnommen. Zur einheitlichen Erfassung des Zahlenmaterials wurde ein Fragebogen ausgearbeitet, anhand dessen die einzelnen Institute ihre Angaben machten. Die Institute wurden teilweise angeschrieben und z.T. auch aufgesucht.

Soweit, bedingt durch die Zusammenarbeit bestimmter Institute, vereinzelte Obduktionen in den Unterlagen mehrerer Institute gleichzeitig geführt wurden, sind diese Obduktionen zur Vermeidung von Doppelzählungen nur einmal registriert worden.

Tabelle 1 zeigt die Entwicklung der Mortalität in Bayern von 1960 bis 1979. Aus den jährlichen Zahlen der Gestorbenen (Rubrik I) und der Totgeborenen (Rubrik II), die dem Statistischen Jahrbuch für Bayern entnommen wurden, sind die jährlichen Zahlen der Gesamtmortalität (Gestorbene und Totgeborene) berechnet worden (Rubrik III).

Tabelle 1

Die Entwicklung der Mortalität in Bayern von 1960 bis 1979

(laut Angaben des Bayerischen Statistischen Landesamt)

Zahl der Gestorbenen	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	109786	106363	109282	111973	108816	114386	113779	116529	122311	126448
Rubrik I										
Zahl der Gestorbenen	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	122323	121803	122766	123656	123980	127931	124580	120487	124775	122271
Rubrik II										
Zahl der Totgeborenen	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	2535	2489	2392	2278	2266	2026	2051	1900	1685	1583
Rubrik II										
Zahl der Totgeborenen	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	1389	1187	1116	1022	987	812	764	628	532	560
Rubrik A										
Zahl der Gestorbenen u. Totgeborenen	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	112321	108052	111574	114251	111082	116412	115830	118429	123996	128031
Rubrik A										
Zahl der Gestorbenen u. Totgeborenen	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	123712	122900	123002	124578	124067	128743	125344	121115	125307	122831

Tabelle 2 zeigt die jährlichen Zahlen an Vollobduktionen, die in Bayern von 1960 bis 1979 vorgenommen wurden. Die Obduktionszahlen wurden dabei gesondert nach Path. Instituten und Prosekturen (Rubrik I), Heil- und Pflegeheimen (Rubrik II) und Gerichtsmed. Instituten u. Landgerichten (Rubrik III) erhoben. Die Obduktionszahlen für den Zeitraum von 1960 bis 1969 wurden dabei aus früheren Arbeiten (Empt, 1967 und Marinova, 1972) übernommen.

Aus diesen Obduktionszahlen der verschiedenen Institute wurden die Gesamtzahlen der jährlich durchgeführten Obduktionen in Bayern von 1960 bis 1979 gebildet und in Rubrik IV ausgewiesen.

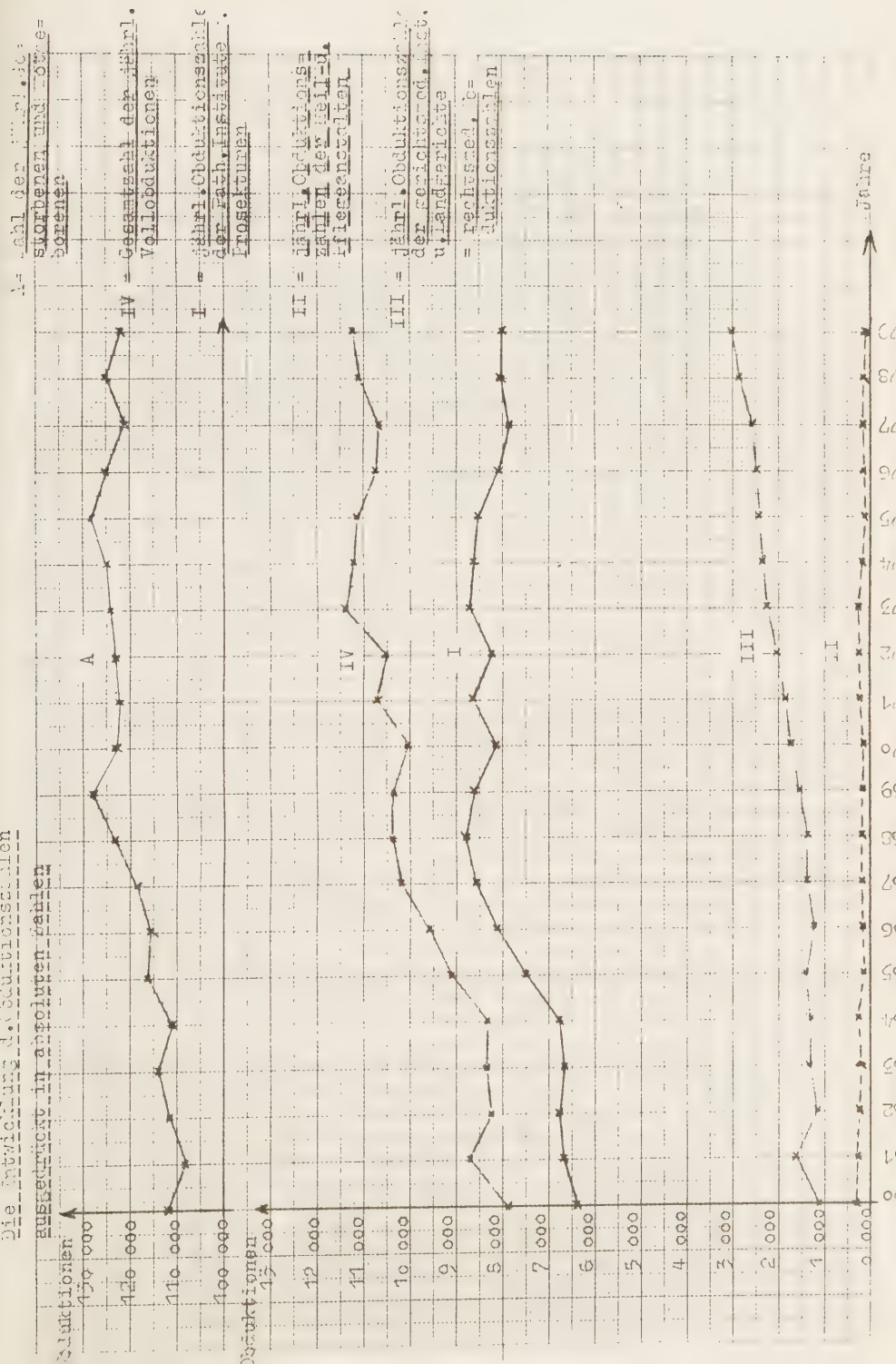
Der Verlauf der jährlichen Gesamtmortalität aus Tabelle 1 und die Entwicklung der absoluten Obduktionszahlen aus Tabelle 2 wurden in der graphischen Darstellung I abgebildet.

Die Obduktionszahlen (Vollobduktionen) in Bayern von 1960 bis 1979

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
Path. Institute u. Prosekturen	6441	6747	6822	6760	6802	7514	8141	8576	8833	8653
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	8164	8656	8269	8863	8648	8540	8109	7942	8077	8077
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	331	304	234	213	242	149	179	196	204	193
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	138	226	257	290	176	124	153	190	159	113
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	331	304	234	213	242	149	179	196	204	193
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	138	226	257	290	176	124	153	190	159	113
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	1136	1673	1190	1355	1320	1460	1255	1420	1398	1559
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	1758	1866	2033	2330	2451	2479	2509	2574	2914	3070
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969
	7908	8724	8246	8328	8364	9123	9574	10201	10440	10405
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	10060	10748	10559	11483	11275	11143	10771	10706	11150	11260

Die Entwicklung d. Produktionszahlen

ausgedrückt in absoluten Zahlen

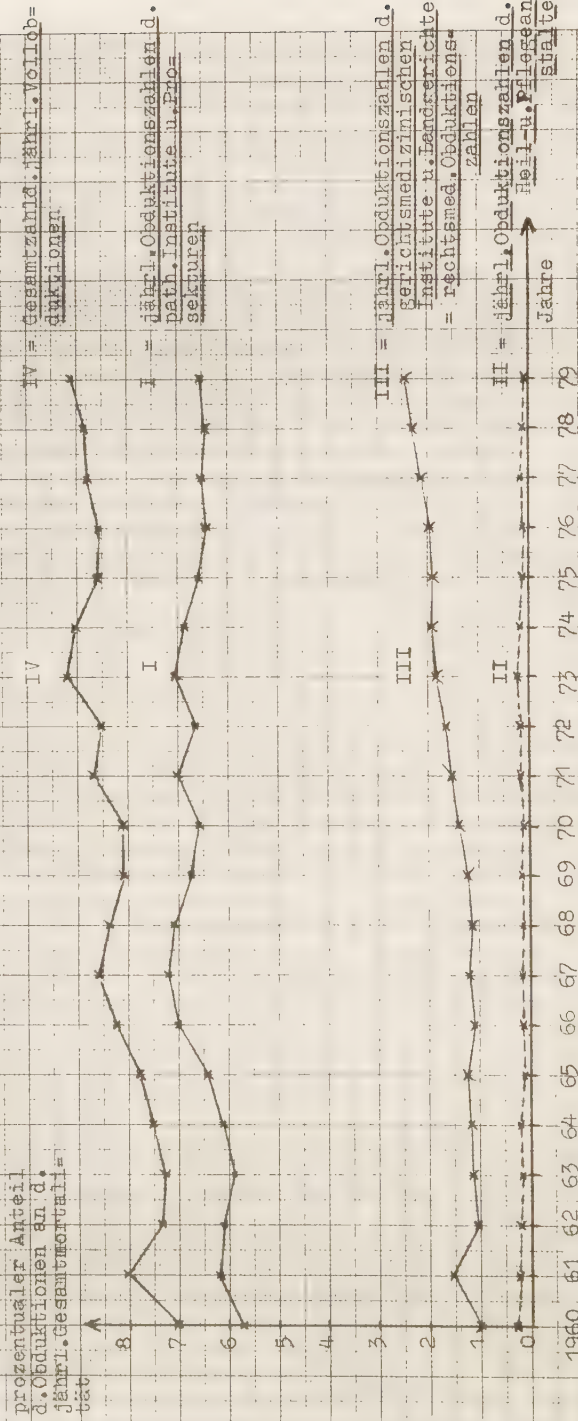


In Tabelle 3 wurden die jährlichen Obduktionszahlen der verschiedenen Institute jeweils in Relation gesetzt zu der jährlichen Gesamtmortalität und in Prozentzahlen ausgedrückt (Rubriken I-III). In Rubrik IV wurden die jährlichen Gesamtzahlen an Vollobduktionen aller Institute zusammen bezogen auf die jeweils jährliche Gesamtmortalität und ebenfalls in Prozentzahlen ausgedrückt.

Die entsprechenden Kurvenverläufe wurden in der graphischen Darstellung II aufgezeichnet.

graphische Darstellung II

Die Entwicklung der Obduktionszahlen
bezogen auf die jährl. Gesamt mortalität



In Tabelle 4 wurden die Obduktionszahlen der Path.Institute,Prosekturen und Heil- und Pflgeanstalten zu den sogenannten klinischen Obduktionszahlen zusammengefaßt und sowohl als absolute Zahlen,als auch bezogen auf die jährliche Gesamtmortalität in Form von Prozentzahlen ausgewiesen (Rubrik I).

Diesen klinischen Obduktionszahlen wurden in Rubrik II die Jahreszahlen der rechtsmedizinischen Obduktionen gegenübergestellt - gleichfalls ausgedrückt in absoluten Zahlen,als auch in Prozentzahlen,bezogen auf die jährl.Gesamtmortalität.

Die entsprechenden Kurvenverläufe wurden in der graphischen Darstellung III wiedergegeben.

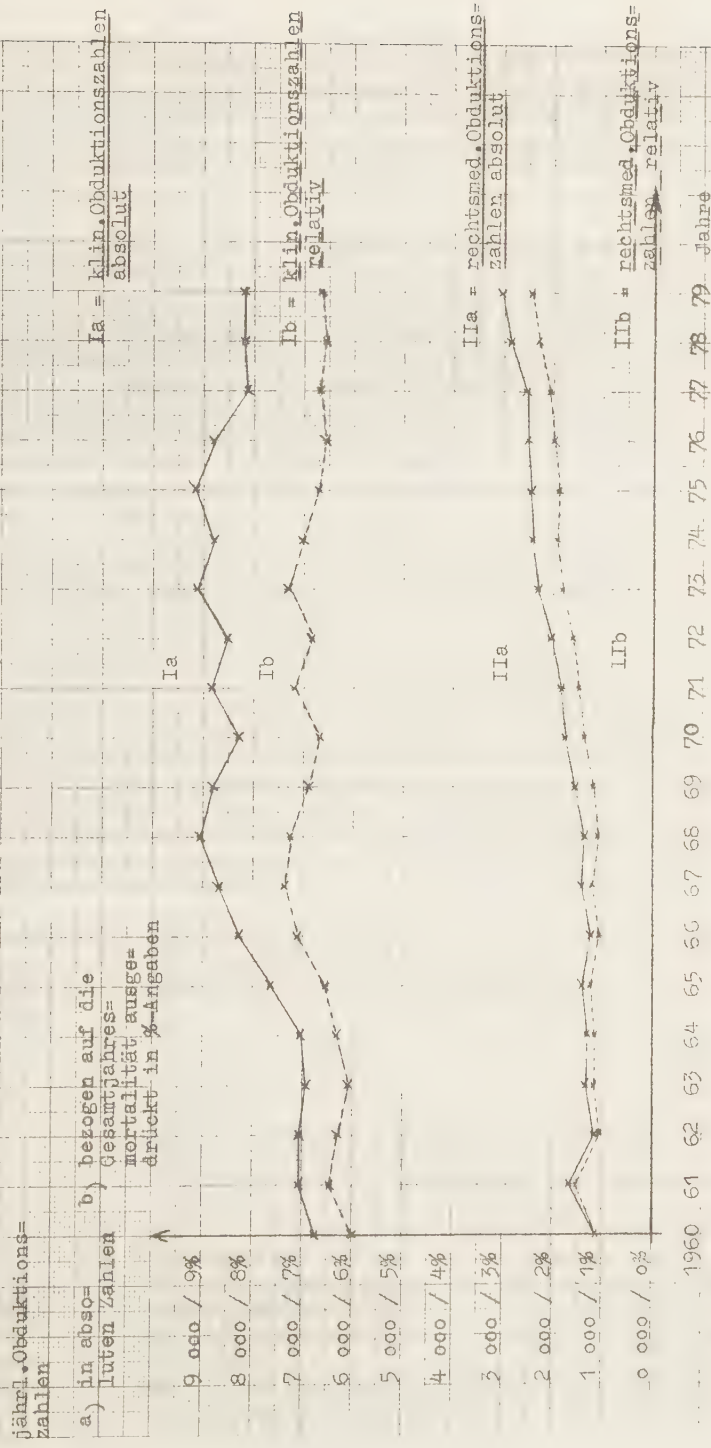
Tabelle 4

Vergleich der klinischen Obduktionszahlen (Path.Institute, Prosekturen und Heil- und Pflegeanstalten) mit den Obduktionszahlen der Gerichtsmedizinischen Institute und Landgerichte in Bayern von 1960 bis 1979.

klin. Obduktionen:	Jahr										Rubrik I
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	
a) absolut	6772	7051	7056	6973	7044	7663	8319	8772	9042	8846	
b) relativ	6,03	6,48	6,32	6,10	6,34	6,58	7,18	7,41	7,29	6,91	
a) absolut	1070	1071	1072	1072	1074	1075	1076	1077	1078	1079	
b) relativ	6,71	7,22	6,88	7,34	7,06	6,73	6,59	6,71	6,57	6,67	

rechtsmedizinische Obduktionen:	Jahr										Rubrik II
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	
a) absolut	1177	1273	1410	1375	1370	1460	1535	1429	1308	1559	
b) relativ	1,01	1,54	1,07	1,19	1,19	1,25	1,03	1,21	1,13	1,22	
a) absolut	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	
b) relativ	1,17	1,55	1,07	1,10	1,10	1,17	1,00	1,13	1,14	1,15	

Die Entwicklung d. klin. Obduktionszahlen (Path. Inst., Prosekturen u. Heil- u. Pflegeanstalten zusammengefaßt) und die Entwicklung der re. obtsmedizinischen Obduktionszahlen im Vergleich ausgedrückt in absoluten Zahlen und bezogen auf die jährl. Gesamt mortalität



In Tabelle 5 wurde die Entwicklung der Teilobduktionen in Bayern von 1970 bis 1979 dargestellt. Die Jahreszahlen der Teilobduktionen wurden an Path. Instituten u. Prosekturen (Rubrik I) an Heil- u. Pflegeanstalten (Rubrik II) und an gerichtsmedizinischen Instituten (Rubrik IV) getrennt erhoben und in der Tabelle als absolute Zahlen und als Prozentzahlen, bezogen sowohl auf die Gesamtzahl der jeweiligen Vollobduktionen, als auch auf die jeweilige Gesamtmortalität, ausgewiesen.

In Rubrik III wurden die Zahlen der Path. Institute, Prosekturen und Heil- und Pflegeanstalten zu den sogenannten klinischen Teilobduktionen zusammengefaßt und den Zahlen der rechtsmedizinischen Teilobduktionen in Rubrik IV gegenübergestellt.

Die vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München durchgeführten Teilobduktionen wurden nur insoweit berücksichtigt, als sie in Zusammenarbeit mit Pathologien oder Heil- und Pflegeanstalten aus dem bayerischen Raum erfolgten.

Die Entwicklung der Teilobduktionen, ausgedrückt in absoluten Zahlen, wurde kurvenmäßig in der graphischen Darstellung IV festgehalten.

Die Entwicklung der Teilobduktionen in Bayern von 1870 bis 1922

Path. Institute

u. Prosekturen

a) absolut	1270	1974	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979
	394	432	346	311	312	287	355	353	280	248
b) relativ zu den Voll- obduktionen	4,23	4,29	4,13	3,51	3,51	3,15	4,15	4,16	3,77	3,07
c) relativ zur Gesamt- mortalität	0,32	0,35	0,23	0,25	0,25	0,22	0,27	0,29	0,22	0,20

Kubrik I

Teil-u. erflogene Autopsien

a) absolut	53	84	147	131	167	95	131	91	4	1
b) relativ zu d. Vollobd.	38,4	57,2	57,2	45,2	94,9	76,6	85,6	47,9	2,5	0,9
c) relativ zur Mortalität	0,04	0,07	0,02	0,11	0,11	0,07	0,10	0,06	0,00	0,00

(abgerundet!)

Kubrik II

Klinische Teilobduktionen

a) absolut	447	516	493	442	479	382	436	444	284	249
b) relativ zu d. Vollobd.	5,38	5,91	5,73	4,23	4,43	4,81	5,34	5,41	5,45	5,04
c) relativ zur Mortalität	0,36	0,42	0,40	0,36	0,38	0,30	0,37	0,37	0,23	0,20

Kubrik III

rechtsred. Teilobduktionen

a) absolut	6	6	6	4	6	13	15	12	17	17
b) relativ zu d. Vollobd.	0,34	0,32	0,30	0,17	0,24	0,52	0,60	0,47	0,58	0,55
c) relativ zur Mortalität										

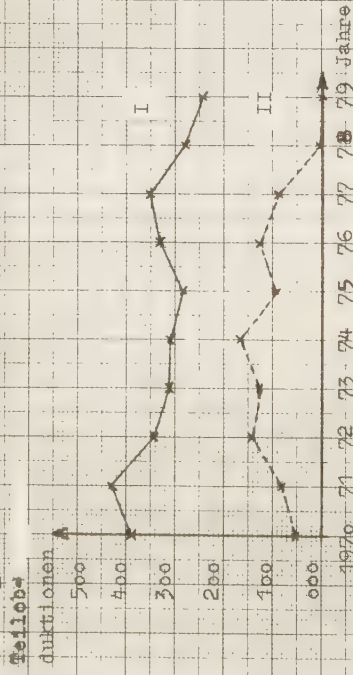
weit unter dem Promille - Bereich

Kubrik IV

graphische Darstellung IV

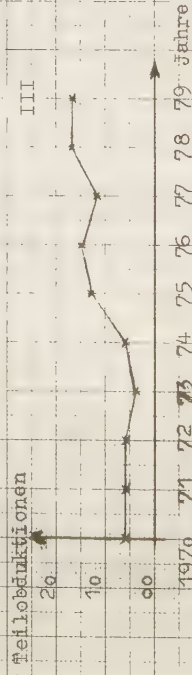
Die Entwicklung der Teilobduktionszahlen

ausgedrückt in absoluten Zahlen



I = jährl. Teilobduktionszahlen d. path. Institute und Prosekturen

II = jährl. Teilobduktionszahlen d. Heil- und Pflegeanstalten



III

III = jährl. Teilobduktionszahlen d. gerichtsh. Institute u. Landgerichte (= rechtsmed. Teilobduktionszahlen)

beachte: zur besseren Darstellung wurde hierbei der 10-fache Maßstab gegenüber der obigen Darstellung gewählt

IV.

1. Die Entwicklung der Vollobduktionen.

Betrachtet man zunächst die Entwicklung der Gesamtmortalität, dann fällt auf, daß sich die Kurve nach einem unregelmäßig ansteigenden Verlauf vom Jahre 1960 bis 1969 in ihrem weiteren Verlauf bis 1979 auf einem Mittelwert von ca 124000 einpendelt. (Mittelwert auf Tausend abgerundet)

Der Kurvenverlauf der Gesamtzahl der jährlichen Vollobduktionen bewegt sich zunächst von 1960 bis 1973 unregelmäßig ansteigend, zeigt dann von 1973 bis 1977 eine rückläufige Entwicklung, um dann in den Jahren 1978 und 1979 wieder anzu=steigen. Über den gesamten Beobachtungszeitraum gesehen, ergibt sich eine bis zuletzt ansteigende Verlaufstendenz.

Wie die nachfolgende differenziertere Betrachtungs=weise zeigt, ist diese ansteigende Verlaufstendenz nicht für die Obduktionszahlen aller Institute gleichermaßen typisch.

Betrachtet man zunächst den Kurvenverlauf der Obduktionszahlen der Pathologischen Institute u. Pro=sekturen, zeigt sich von 1960 bis 1968 ein anstei=gender Verlauf, der dann nach größeren Schwankungen bis zum Jahre 1973 übergeht in eine rückläufige Entwicklung, um sich schließlich in den letzten Jahren deutlich unter dem Mittelwert der letzten 10 Jahre zu stabilisieren.

Die entsprechende Kurve der Heil-u. Pflegeanstalten zeigt insgesamt einen sehr unregelmäßigen Verlauf, wobei die Jahreszahlen seit 1974 deutlich unter dem Mittelwert von 183 Obduktionen/Jahr der letzten 10 Jahre lagen - lediglich das Jahr 1977 lag mit 190 Obduktionen nur geringfügig darüber.

Die Obduktionszahlen der gerichtsmed.Institute u.Landgerichte zeigen von 1960 bis 1968 einen stagnierenden Verlauf, der dann aber mit dem Jahre 1969 in einen fast kontinuierlich ansteigenden Verlauf übergeht und im Jahre 1979 mit 11260 Obduktionen deutlich über den Mittelwert von 10900 der letzten 10 Jahre liegt (Der Mittelwert wurde auf volle Hundert abgerundet).

Die Entwicklung der relativen Obduktionszahlen (Tabelle 3), d.h. die auf die jeweilige Jahresmortalität bezogenen Obduktionszahlen, zeigen - wenn auch in etwas abgeflachterer Form - grundsätzlich entsprechende Kurvenverläufe (graph. Darst. II). Gegenüber den Absolutzahlen ist hier die Stagnationstendenz der Obduktionszahlen der Path.Inst.u.Prosekturen deutlicher ausgeprägt.

Noch besser erkennbar wird die Stagnationstendenz, wenn wir die Obduktionszahlen der Path.Institute, Prosekturen u.Heil-u.Pflegeanstalten, zu den sog. klinischen Obduktionszahlen zusammengefaßt, betrachten, wie das in Tabelle 4 und in der graphischen Darstellung III gemacht wurde.

2. Die Entwicklung der Teilobduktionen.

Aus der Tabelle 5 und der graph.Darst.IV ergibt sich für die Entwicklung der Teilobduktionen der Path.Inst.u.Prosekturen für den Zeitraum von 1970 bis 1979 eine,im wesentlichen,rückläufige Tendenz - bei den Heil-u.Pflegeanstalten innerhalb der letzten beiden Jahre sogar ein fast vollständiger Rückgang.

Die Entwicklung der rechtsmed.Teilobduktionszahlen zeigt dagegen eher eine ansteigende Tendenz.Die sehr geringen Jahreszahlen erlauben aber nur eine sehr vorsichtige Beurteilung.

V.

Die Gesamtzahl der Todgeborenen und Gestorbenen belief sich im Zeitraum von 1960 bis 1979 auf 2 404 447. Davon wurden in 200 468 Fällen Vollobduktionen durchgeführt. Das entspricht einer Obduktionsquote von durchschnittlich 8,34%.

Der Verlauf der jährlichen Obduktionsquoten war unregelmäßig und zeigt insgesamt gesehen eine ansteigende Tendenz.

Differenziert man jedoch zwischen klinischen und rechtsmedizinischen Obduktionen, so läßt sich bei den letzteren seit 1969 eine signifikante Zunahme der jährlichen Obduktionszahlen beobachten. Bei der Entwicklung der klinischen Obduktionszahlen ist dagegen eine deutliche Stagnationstendenz zu erkennen.

Im Zeitraum von 1970 bis 1979 sind 109 155 Vollobduktionen durchgeführt worden. Denen stehen im gleichen Zeitraum 4 202 Teilobduktionen gegenüber.

Bezogen auf die in diesem Zeitraum aufgetretenen Todesfälle von insgesamt 1 243 569 bedeutet das einen Anteil von nur 0,34% und macht damit ihre untergeordnete Rolle im Obduktionswesen sichtbar.

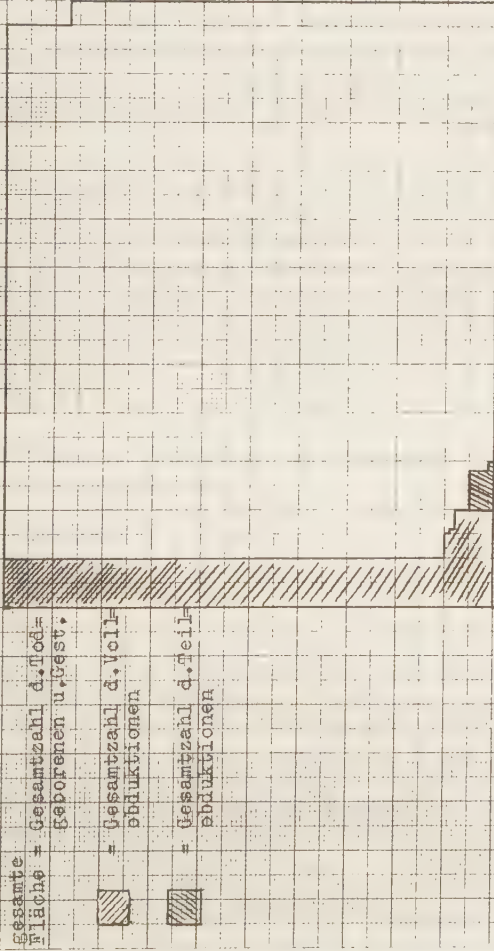
Das Verhältnis ist in der graph. Darstellung V aufgezeigt.

Der Verlauf der klinischen Teilobduktionszahlen war von 1970 bis 1977 uneinheitlich. Seit 1978 gehen die Zahlen deutlich zurück.

Die rechtsmedizinischen Teilobduktionszahlen haben sich, bezogen auf die rechtsmed. Vollobduktionen, bis 1974 in einem Bereich von ca 0,3% bewegt und sich dann in den Folgejahren auf einem etwas höheren Niveau von ca 0,55% stabilisiert.

graphische Darstellung V

Der Anteil der Voll- und Teilproduktion an
der Gesamtzahl der Todesbrennen u. Gestor-
benen im Zeitraum von 1970 - 1979 in Bayern



z
1cm = 10 000

Eine abschließende Beurteilung ergibt, daß auf dem Gebiet des Obduktionswesens sich allein im rechtsmedizinischen Bereich eine anhaltend positive Entwicklung abzeichnet. Also auf einem Sektor, auf dem der Gesetzgeber bereits durch entsprechende gesetzliche Normen die erforderlichen Voraussetzungen geschaffen hat.

Dies macht erneut die Dringlichkeit entsprechender gesetzlicher Regelungen auch für den Bereich des klinischen Obduktionswesens deutlich.

Überdies bleibt aber auch die Ärzteschaft zur Verstärkung ihrer Aufklärungsarbeit in der Öffentlichkeit aufgerufen, um eine allgemeine Einsicht in die Notwendigkeit umfassenderer Sektionstätigkeit zu fördern, die letztlich dem Nutzen der medizinischen Forschung und Heilkunst und damit uns allen dient.

L i t e r a t u r

- Belloni, L. Die Entstehungsgeschichte der mikroskopischen Anatomie.
in : Frühe Anatomie
Wissenschaft.Verlagges.mbb, Stuttgart 1967
- Bohne, G. Das Recht zur klinischen Leichensektion.
in : Festgabe für Richard Schmid, Bd.1
Straf-und Prozeßrecht
Verlag C.L.Hirschfeld, Leipzig 1932
- Chiari, H. Die pathologische Anatomie im 19.Jh. und ihr Einfluß auf die äußere Medizin.
Verh.Ges.Dtsch.Naturf.Ärzte
72.Versammlung zu Aachen 16. - 22.9.1900
Verlag F.C.W. Vogel, Leipzig 1900
- Chiari, H. Geschichte der pathologischen Anatomie des Menschen.
in : Handbuch der Geschichte der Medizin, Bd.2
Verlag Gustav Fischer, Jena 1903
- Crombie, A.C. Von Augustinus bis Galilei.
Die Emanzipation der Naturwissenschaften.
Kiepenheuer u.Wisch, Köln/Berlin 1964
- Diepgen, P. Geschichte der Medizin, Bde 1,2,3
Verlag W.de Gruyter, Berlin 1949, 1951, 1955
- Doerr, W. Geschichte und Problemgeschichte der pathologischen Anatomie.
in : Organpathologie, Bd.1
Thieme-Verlag, Stuttgart 1974

- Empt, U. Das Verhältnis von Obduktionen und Verweigerungen,bezogen auf die Gesamtmortalität in Bayern.
Med.Diss., München 1967
- Faller, A. Die Entwicklung der makroskopisch-anatomischen Präparierkunst von Galen bis zur Neuzeit.
Verlag S.Karger, Basel 1948
- Hintzsche, E. Andreas Vesal und sein Werk.
Ciba-Zschr. 9 (1945 - 1947)
- Kopf, L. Die Anfänge der Anatomie bei den alten Kulturvölkern.
in: Abhandlungen zur Geschichte d.Medizin.
Heft IX
Verlag J.U.Kern, Breslau 1904
- Jansen, H.F.
Nedden, R. Klinische Diagnosen aus pathologisch-anatomischer Sicht.Der Nutzen der Leichenöffnung für die klinische Medizin.
Hessisches Ärzteblatt,Heft 7, 1972
- Marinova, N. Entwicklung der Obduktionen in Bayern in den Jahren von 1960 bis 1969.
Med.Diss., München 1972
- Kudlien, F. Antike Anatomie und menschlicher Leichnam.
Hermes.Médecine,Science,Arts 97 (1969)
- Lichtenthaeler, Ch. Geschichte der Medizin,Bd.1 u. 2
Deutscher Ärzteverlag,Köln-Lövenich 1974
- Spann, W. Ärztliche Rechts- und Standeskunde.
J.F.Lehmann-Verlag, München 1962
- Uhlenbruck, W. Die Zulässigkeit klinischer Sektionen (unter Außerachtlassung transplantationsrechtlicher Gesichtspunkte).
Med.Klin.67 (1972)

Zimmerman, R. Gesellschaft, Tod und medizinische Erkenntnis. Zur Zulässigkeit von klinischen Sektionen.
NJW 32 (1979)

Lebenslauf

Als Sohn des Metzgermeisters Michael Fink und seiner Ehefrau, Anna Fink , wurde ich 1943 in München geboren.

Von 1950 bis 1956 besuchte ich die Volksschule in München. Von 1956 bis 1967 erwarb ich am naturwissenschaftlichen Klenze-Gymnasium in München die Hochschulreife.

Von 1967 bis 1974 folgte ein Studium der Rechtswissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und an der Universität in Regensburg mit Referendarexamensabschluß.

Von 1974 bis 1976 war ich freiberuflich als Jurist tätig.

Von 1976 bis 1983 studierte ich Humanmedizin an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und schloß es am 18.4.1983 mit der Ärztlichen Prüfung ab.

Herrn Prof. Dr. E. Liebhardt danke
ich für die freundliche Über-
lassung des Themas und für die
vielen nützlichen Hinweise, die
die er mir für die Beschaffung des
Zahlenmaterials gab.

Herrn Prof. Dr. W. Spann danke
ich für die Mitberichterstattung.

